

お手数ですが
切手を貼って
送付ください。
(切手4枚:120円)
(切手12枚:140円)

160-0023

東京都新宿区西新宿8-1-15
サンライズビル



日本医歯薬研修協会

歯科模試採点係 行

折曲禁止

受験番号	
お名前	様
所属学校名	

(台紙やクリアホルダは不要です)

※模試到着後1～2週間程度で解答したマークシート4枚のみを入れて
封をし(折り曲げて封の上から押し合わせる)郵便ポストに投函ください